

BGer 9C 169/2023 vom 29. Mai 2024

Bundesgericht, 2024-05-29, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bger_9C_169_2023

FR: TF 9C 169/2023 du 29 mai 2024

IT: TF 9C 169/2023 del 29 maggio 2024

Regeste

Krankenversicherung | Krankenversicherung

Erwägungen

E. 1

Die Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten (Art. 82 ff. BGG) kann wegen Rechtsverletzung gemäss den Art. 95 f. BGG erhoben werden. Das Bundesgericht legt seinem Urteil den Sachverhalt zugrunde, den die Vorinstanz festgestellt hat (Art. 105 Abs. 1 BGG), und kann deren Sachverhaltsfeststellung von Amtes wegen nur berichtigen oder ergänzen, wenn sie offensichtlich unrichtig ist oder auf einer Rechtsverletzung im Sinne von Art. 95 BGG beruht (Art. 105 Abs. 2 BGG ; vgl. auch Art. 97 Abs. 1 BGG).

E. 2.1

Die Beschwerdeführerin beantragt die Aufhebung von Dispositiv Ziff. 2-4 des Urteils vom 20. Januar 2023. Die Beschwerdegegnerin stellt einen Nichteintretensantrag unter Hinweis darauf, dass die Beschwerdeschrift weder ein reformatorisches Rechtsbegehren noch eine hinreichende Begründung enthalte.

E. 2.2

Was die Anfechtung von Dispositiv Ziff. 2 des Urteils vom 20. Januar 2023 anbelangt, bringt die Beschwerdegegnerin zwar zutreffend vor, dass die Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten als reformatorisches Rechtsmittel (Art. 107 Abs. 2 BGG) ein reformatorisches Rechtsbegehren zu enthalten hat. Mit anderen Worten darf sich die beschwerdeführende Partei grundsätzlich nicht darauf beschränken, die Aufhebung des angefochtenen Entscheids zu beantragen. Vielmehr hat sie ein präzises Begehren zu stellen und anzugeben, welche Änderungen sie beantragt. Die Rechtsprechung lässt indessen ein kassatorisches Begehren ausnahmsweise genügen, so insbesondere wenn sich aus der (zur Interpretation des Rechtsbegehrens beizuziehenden) Begründung ergibt, was mit der Beschwerde angestrebt wird (BGE 137 II 313 E. 1.3; Urteil 1C_809/2013 vom 13. Juni 2014 E. 1, nicht publ. in: BGE 140 II 334 ; SVR 2023 IV Nr. 17 S. 57, 8C_150/2022 E. 1). Diese Voraussetzung ist hier erfüllt, denn aus der vorliegenden Rechtsschrift ergibt sich ohne weiteres, dass sich die Beschwerdeführerin gegen die ihr in Dispositiv Ziff. 2 des kantonalen Urteils auferlegte Leistungspflicht wehrt. Auf ihre Eingabe ist mithin diesbezüglich einzutreten. Gleiches gilt, soweit die Beschwerdeführerin (die davon abhängenden) Dispositiv Ziff. 3 und 4 anfecht, gemäss welchen sie die Gerichtskosten zu tragen und der Beschwerdegegnerin eine Parteientschädigung auszurichten hat.

E. 3.1

Aufgrund des angefochtenen Urteils steht folgender Sachverhalt verbindlich fest: Die Spitex A._____ (Beschwerdegegnerin) ist als Organisation der Krankenpflege und Hilfe zu Hause gemäss Art. 51 KVV zugelassen (vgl. Verfügung Nr. 280 der Volkswirtschafts- und Gesundheitsdirektion des Kantons Basel-Landschaft vom 9. August 2017) und lässt ihre Leistungen den Bewohnerinnen und den Bewohnern der Institution B._____, einer Institution für Menschen mit Behinderung, zukommen. Sie weist weder eine Tages- oder Nachtstruktur im Sinne von Art. 7 Abs. 2ter KLV auf noch verfügt sie über eine Betriebsbewilligung für eine stationäre Einrichtung der Krankenpflege im Sinne von Art. 39 Abs. 3 KVG (Pflegeheim).

E. 3.2

Weiter wird von keiner Seite bestritten, dass die Beschwerdegegnerin der Versicherten C._____ und dem Versicherten D._____, beide wohnhaft in der Institution B._____, Leistungen gemäss Art. 7 Abs. 2 KLV - Massnahmen der Abklärung, Beratung und Koordination (lit. a), der Untersuchung und Behandlung (lit. b) sowie der Grundpflege (lit. c) - erbracht hat.

E. 3.3

Streitig ist, ob das vorinstanzliche Urteil, mit welchem die Beschwerdeführerin verpflichtet wurde, der Beschwerdegegnerin für die in E. 3.2 erwähnten Leistungen Fr. 77'054.90 (für C._____) und Fr. 32'720.60 (für D._____) zu bezahlen, Bundesrecht verletzt. Uneinigkeit besteht dabei in den Fragen, nach welchem Tarif sich die Leistungspflicht der Beschwerdeführerin richtet (vgl. dazu E. 4 und 5) und ob die Vergütung aus koordinationsrechtlichen Gründen zu kürzen (vgl. dazu E. 6) oder wegen einer (in der Beschwerde gerügten) Verletzung des Rechtsmissbrauchsverbotes zu verweigern ist (vgl. dazu E. 7).

E. 4.1

Nach Art. 24 KVG übernimmt die obligatorische Krankenpflegeversicherung die Kosten für die Leistungen gemäss Art. 25-31 KVG und berücksichtigt dabei die Voraussetzungen gemäss Art. 32-34 KVG. Sie leistet gemäss Art. 25a Abs. 1 KVG einen Beitrag an die Pflegeleistungen, welche aufgrund einer ärztlichen Anordnung und eines ausgewiesenen Pflegebedarfs ambulant, auch in Tages- oder Nachtstrukturen, oder im Pflegeheim erbracht werden. Der Bundesrat bezeichnet die Pflegeleistungen und setzt die Beiträge differenziert nach dem Pflegebedarf in Franken fest (Art. 25a Abs. 3 erster Halbsatz und Abs. 4 Satz 1 KVG). Er hat diese Aufgaben in Art. 33 lit. b und i KVV an das zuständige Departement delegiert, welches die entsprechende Regelung in der KLV vorgenommen hat.

E. 4.2

Als Leistungen nach Art. 33 lit. b KVV gelten gemäss Art. 7 Abs. 1 KLV Untersuchungen, Behandlungen und Pflegemassnahmen, die aufgrund der Bedarfsabklärung (Art. 7 Abs. 2 lit. a KLV) und auf ärztliche Anordnung hin oder im ärztlichen Auftrag (Art. 8 KLV) erbracht werden von: a. Pflegefachfrauen und Pflegefachmännern (Art. 49 KVV); b. Organisationen der Krankenpflege und Hilfe zu Hause (Art. 51 KVV); c. Pflegeheimen (Art. 39 Abs. 3 KVG). Leistungen im Sinne von Art. 7 Abs. 1 KLV sind gemäss Abs. 2 derselben Bestimmung Massnahmen der Abklärung, Beratung und Koordination (vgl. lit. a), Massnahmen der Untersuchung und der Behandlung (vgl. lit. b) und Massnahmen der Grundpflege (vgl. lit. c). Unter der jeweiligen Litera findet sich eine Aufzählung der erfassten Vorkehren. Gemäss Art. 7 Abs. 2ter KLV können die Leistungen ambulant oder in

einem Pflegeheim erbracht werden. Sie können auch ausschliesslich während des Tages oder der Nacht erbracht werden.

E. 4.3

Welche Beiträge an die Kosten der Leistungen nach Art. 7 Abs. 2 KLV die Versicherung übernimmt, wird in Art. 7a KLV geregelt.

E. 4.3.1

Nach Art. 7a Abs. 1 KLV übernimmt sie für Leistungserbringer nach Art. 7 Abs. 1 lit. a und b KLV (Pflegefachfrauen und -männer [Art. 49 KVV] sowie Organisationen der Krankenpflege und Hilfe zu Hause [Art. 51 KVV]): a. für Leistungen nach Art. 7 Abs. 2 lit. a (Massnahmen der Abklärung, Beratung und Koordination): Fr. 79.80 (seit 1. Januar 2020: Fr. 76.90); b. für Leistungen nach Art. 7 Abs. 2 lit. b (Massnahmen der Untersuchung und Behandlung): Fr. 65.40 (seit 1. Januar 2020: Fr. 63.00) c. für Leistungen nach Art. 7 Abs. 2 lit. c (Massnahmen der Grundpflege): Fr. 54.60 (seit 1. Januar 2020: Fr. 52.60). Die Vergütung dieser Beiträge erfolgt in Zeiteinheiten von 5 Minuten, wobei mindestens 10 Minuten zu vergüten sind (Art. 7a Abs. 2 KLV).

E. 4.3.2

Gemäss Abs. 3 derselben Bestimmung übernimmt sie für Leistungserbringer nach Art. 7 Abs. 1 lit. c KLV (Pflegeheime [Art. 39 Abs. 3 KVG]) einen nach der Dauer des Pflegebedarfes abgestuften Beitrag, wobei für einen Pflegebedarf bis 20 Minuten Fr. 9.00 (seit 1. Januar 2020: Fr. 9.60) und für jede weitere Zeiteinheit von 20 Minuten zusätzlich Fr. 9.00 (seit 1. Januar 2020: Fr. 9.60) übernommen werden; bei einem Pflegebedarf von mehr als 220 Minuten werden Fr. 108.00 (seit 1. Januar 2020: Fr. 115.20) vergütet. Der gleiche Tarif gilt gemäss Abs. 4 für Tages- und Nachtstrukturen nach Art. 7 Abs. 2ter KLV .

E. 5

Vorab stellt sich die Frage, nach welchem Tarif die Beschwerdeführerin die von der Beschwerdegegnerin erbrachten Pflegeleistungen im Sinne von Art. 7 Abs. 2 KLV zu vergüten hat. Die Vorinstanz sprach sich für eine Abrechnung in Anwendung der Tarifbestimmungen des Art. 7a Abs. 1 KLV aus, wie dies die Beschwerdegegnerin in ihrer Klage beantragt hatte. Demgegenüber vertritt die Beschwerdeführerin den Standpunkt, es handle sich bei den streitigen Leistungen um Pflegeheimleistungen; sie habe damit zu Recht lediglich nach dem "quasi-Pflegeheim-Tarif" abgerechnet.

E. 5.1

Ausgangspunkt jeder Auslegung bildet der Wortlaut der massgebenden Norm. Ist der Text nicht ganz klar und sind verschiedene Auslegungen möglich, so muss das Gericht unter Berücksichtigung aller Auslegungselemente nach der wahren Tragweite der Norm suchen. Dabei hat es insbesondere den Willen des Gesetzgebers zu berücksichtigen, wie er sich namentlich aus den Gesetzesmaterialien ergibt (historische Auslegung). Weiter hat das Gericht nach dem Zweck, dem Sinn und den dem Text zugrunde liegenden Wertungen zu forschen, namentlich nach dem durch die Norm geschützten Interesse (teleologische Auslegung). Wichtig ist auch der Sinn, der einer Norm im Kontext zukommt, und das Verhältnis, in welchem sie zu anderen Gesetzesvorschriften steht (systematische Auslegung). Das Bundesgericht befolgt bei der Auslegung von Gesetzenormen einen pragmatischen Methodenpluralismus und lehnt es ab, die einzelnen Auslegungselemente einer Prioritätsordnung zu unterstellen (BGE 149 V 21 E. 4.3; 148 V 373 E. 5.1; 147 V 297

E. 6.1). Vom Wortlaut darf abgewichen werden, wenn triftige Gründe dafür bestehen, dass er nicht den wahren Sinn der Regelung wiedergibt. Sind mehrere Auslegungen möglich, ist jene zu wählen, die der Verfassung am besten entspricht. Allerdings findet auch eine verfassungskonforme Auslegung ihre Grenzen im klaren Wortlaut und dem Sinn einer Gesetzesbestimmung (BGE 148 V 385 E. 5.1; 141 V 221 E. 5.2.1). Verordnungsrecht ist gesetzeskonform auszulegen. Es sind die gesetzgeberischen Anordnungen, Wertungen und der in der Delegationsnorm eröffnete Gestaltungsspielraum mit seinen Grenzen zu berücksichtigen. Auch ist den Grundrechten und verfassungsmässigen Grundsätzen Rechnung zu tragen und zwar in dem Sinne, dass - sofern durch den Wortlaut (und die weiteren massgeblichen normunmittelbaren Auslegungselemente) nicht klar ausgeschlossen - der Verordnungsbestimmung jener Rechtssinn beizumessen ist, welcher im Rahmen des Gesetzes mit der Verfassung (am besten) übereinstimmt (verfassungskonforme oder verfassungsbezogene Interpretation; BGE 147 V 328 E. 4.1; 146 V 224 E. 4.5.1).

E. 5.2

Die sich mit den Beiträgen an die Kosten der Leistungen gemäss Art. 7 Abs. 2 KLV befassende Bestimmung des Art. 7a KLV unterscheidet gemäss ihrem klaren und unmissverständlichen Wortlaut (in allen drei sprachlichen Fassungen) danach, wer die Leistungen erbracht hat: Sind es Leistungserbringer nach Art. 7 Abs. 1 lit. a und b KLV , das heisst Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner (Art. 49 KVV) oder Organisationen der Krankenpflege und Hilfe zu Hause (Art. 51 KVV), richtet sich der Tarif nach Abs. 1. Geht es um Leistungserbringer nach Art. 7 Abs. 1 lit. c KLV , d.h. Pflegeheime (Art. 39 Abs. 3 KVG), gelangt der Tarif gemäss Abs. 3 zur Anwendung (was gemäss Abs. 4 ebenso gilt bei Tages- oder Nachtstrukturen nach Art. 7 Abs. 2ter KLV , auf welche hier, da eine solche nicht vorliegt [vgl. E. 3.1], nicht näher einzugehen ist). Nach dem grammatikalischen Auslegungselement ist mithin die formelle Einordnung des Leistungserbringers massgebend dafür, welcher der beiden Tarife zum Tragen kommt. Eine weitere Möglichkeit der Vergütung (beispielsweise in der Form des von der Beschwerdeführerin geleisteten "quasi-Pflegeheim-Tarifs") existiert nicht. Wie Randziffer 24 der Erläuterungen vom 10. Juni 2009 zu den vorgesehenen Änderungen der KLV per 1. August 2009 (andere Änderungen) und 1. Juli 2010 (Pflegefinanzierung) zu entnehmen ist, bildet Sinn und Zweck der Differenzierung des Tarifs nach der Art des Leistungserbringers in Art. 7a KLV , den Unterschieden in den anfallenden Kosten bzw. der Kostenstruktur bei ambulanten Leistungserbringern einerseits und Pflegeheimen andererseits Rechnung zu tragen. Aus dem Zusammenhang, in welchem die Norm steht, insbesondere auch aus der Gesetzesnorm, auf welche sie sich stützt, ergibt sich nichts anderes. So ist in Art. 25a Abs. 1 KVG die Kategorisierung nach Leistungen ambulanter Natur und solchen eines Pflegeheimes bereits vorgegeben (was in Art. 7 Abs. 2ter Satz 1 KLV wiederholt wird). Damit sprechen das grammatikalische, das teleologische und das systematische Auslegungselement übereinstimmend dafür, dass sich gemäss Art. 7a KLV der anwendbare Tarif für die Vergütungen von Leistungen (im Sinne von Art. 7 Abs. 2 KLV) nach der formellen Einordnung des Leistungserbringers richtet, d.h. Abs. 1 gilt für Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner sowie Organisationen der Krankenpflege und Hilfe zu Hause und Abs. 3 KLV für anerkannte Pflegeheime.

E. 5.3

Zur Untermauerung ihres davon abweichenden Standpunktes, wonach Leistungen einer Spitex-Organisation an Personen in einem Behindertenheim lediglich nach dem

Pflegeheimtarif (Art. 7a Abs. 3 KLV) zu vergüten seien, bringt die Beschwerdeführerin verschiedene Argumente vor, die indessen allesamt nicht zu überzeugen vermögen.

E. 5.3.1

Im Wortlaut keine Stütze findet ihr Verständnis, wonach der Krankenversicherer die Vergütung nicht bereits schulde, wenn die Leistung durch eine formellrechtlich anerkannte Spitex-Organisation erbracht werde, sondern vielmehr eine "ambulante Spitexleistung in materieller Hinsicht" vorausgesetzt sei. Die Beschwerdeführerin verneint eine solche im hier zu beurteilenden Sachverhalt mit dem Hinweis, Spitexleistungen in einem Behindertenheim seien nicht "Pflege zu Hause" und widersprüchen damit dem Wesen bzw. Sinn und Zweck der Hauskrankenpflege. Ihrer Argumentation legt sie indessen, wie die Beschwerdegegnerin und das kantonale Amt zu Recht einwenden, ein zu enges Verständnis der Hauspflege zugrunde. Es geht im vorliegenden Zusammenhang in erster Linie darum, die ambulante von der in einem zugelassenen Pflegeheim vorgenommenen stationären Pflege abzugrenzen. Dabei ist eine ambulante Versorgung im Rahmen verschiedener Wohnformen möglich, solange sich diese ausserhalb eines zugelassenen Pflegeheimes (Art. 39 Abs. 3 KVG) bewegen (vgl. dazu auch E. 7.2 nachstehend). Mit anderen Worten kann eine solche auch stattfinden, wenn die pflegebedürftige Person ihr Zuhause nicht in privaten Räumen (einem Haus oder einer Wohnung) hat, sondern beispielsweise in einem Behindertenheim.

E. 5.3.2

Nicht beigespflichtet werden kann der Beschwerdeführerin schliesslich auch, soweit sie unter systematischen Gesichtspunkten aus dem Administrativvertrag zwischen dem Spitex Verband Schweiz und der Association Spitex privée Suisse (ASPS) zu folgern versucht, Spitexleistungen könnten nicht in einer ständigen Wohnstruktur erbracht werden. Sie zitiert zwar zutreffend aus dem dazu ergangenen Rundschreiben 05/2017 vom 13. Februar 2017, dass den Mitgliedern nach einem Urteil des Schiedsgerichts in Sozialversicherungsstreitigkeiten des Kantons Bern vom 20. November 2015 geraten wurde, die frühere Regelung betreffend In-House-Spitex nicht mehr anzuwenden, verschweigt aber, dass gleichzeitig eine Abrechnung der In-House-Pflege gemäss Art. 7a Abs. 1 bis 3 KLV empfohlen wurde, wie sie hier exakt zur Diskussion steht (vgl. auch E. 7.2).

E. 5.3.3

Ins Leere geht schliesslich auch die in der Beschwerde propagierte verfassungskonforme Auslegung, wonach Gründe der Rechtsgleichheit (Art. 8 BV) gebieten würden, Spitexleistungen nur den zu Hause und nicht auch den in einem Wohnheim lebenden Personen mit einer Behinderung zu vergüten, da Letztere bereits kantonale Subventionen bekämen und andernfalls eine Ungleichbehandlung je nach kantonalem Wohnsitz bestehe. Vorab stützt die Beschwerdeführerin ihre Argumentation auf eine unzutreffende Ausgangslage betreffend das Verhältnis zwischen Leistungen des Krankenversicherers und kantonarechtlichen Subventionen (vgl. dazu auch nachstehende E. 6). Ihre als verfassungskonforme Auslegung bezeichnete Lesart ist sodann bereits durch den klaren Wortlaut von Art. 7a (Abs. 1 und 3) KLV (und auch die weiteren normunmittelbaren Auslegungselemente) ausgeschlossen. Und schliesslich steht das von der Beschwerdeführerin angestrebte Ergebnis mit dem angerufenen Grundsatz der Gleichbehandlung keineswegs im Einklang, wie in der nachstehenden E. 6.3.2 (in fine)

darzulegen sein wird.

E. 5.4

Im Sinne eines Zwischenergebnisses lässt sich festhalten, dass von einer zugelassenen Spitex-Organisation erbrachte Leistungen gemäss Art. 7 Abs. 2 KLV an pflegebedürftige Personen in einer stationären Einrichtung, die kein anerkanntes Pflegeheim darstellt, nicht nach dem Pflegeheimtarif gemäss Art. 7a Abs. 3 KLV, sondern gemäss demjenigen für ambulante Leistungserbringer nach Art. 7a Abs. 1 KLV zu vergüten sind.

E. 5.5

Inwiefern mit einer entsprechenden Vergütung die Pflegeheimplanung unterlaufen werden könnte, vermag die Beschwerdeführerin nicht substantiiert darzutun (vgl. auch GEBHARD EUGSTER, Krankenversicherung [nachfolgend: Krankenversicherung], in: Soziale Sicherheit, SBVR Bd. XIV, 3. Aufl. 2016, S. 669 Rz. 852, welcher eine solche Gefahr erblickt im Fall, dass eine pflegebedürftige Person in einem nicht zugelassenen Pflegeheim Leistungen von einer zugelassenen auswärtigen Spitex-Organisation erhält). Nicht in Frage gestellt wird das gewonnene Auslegungsergebnis auch dadurch, dass aufgrund der für die Leistungserbringer finanziell interessanteren (für die Krankenversicherer aber unvorteilhaften) Abrechnung nach Art. 7a Abs. 1 KLV möglicherweise ein Anreiz besteht, die Bewohnerinnen und Bewohner des Behindertenheimes möglichst lange mit Spitex-Leistungen zu versorgen und die Pflegeheimweisung hinauszuschieben (mit welcher fortan der Tarif nach Art. 7a Abs. 3 KLV zur Anwendung käme). Die entsprechende Missbrauchsgefahr bietet keine Grundlage, um dem in der Verordnung vorgesehenen Tarif für Leistungen anerkannter Spitex-Organisationen die Anwendung grundsätzlich zu versagen. Vielmehr ist es Sache der Krankenversicherer, die Wirtschaftlichkeit der Leistungen im Einzelfall zu kontrollieren (Art. 56 KVG) und einzuschreiten, wenn zwischen den Kosten des Spitex-Einsatzes und denjenigen eines Pflegeheim-Aufenthaltes ein grobes Missverhältnis besteht (SVR 2019 KV Nr. 5 S. 21, 9C_912/2017 E. 5.2.1 und 5.2.2; Urteil 9C_41/2020 vom 17. Juni 2020 E. 4.2.1; BGE 126 V 334). Dass hier ein solches gegeben wäre, wurde von der Beschwerdeführerin indessen nie geltend gemacht. Aus diesem Grund erübrigen sich Weiterungen dazu.

E. 5.6

Sind die von der Beschwerdegegnerin erbrachten Leistungen im Sinne von Art. 7 Abs. 2 KLV nach dem Tarif gemäss Art. 7a Abs. 1 KLV zu vergüten, ist dafür - das daraus folgende Massliche ist unbestritten (vgl. auch Sachverhalt lit. A.c) - eine Vergütung von Fr. 77'054.90 und Fr. 32'720.60 geschuldet.

E. 6

Zu prüfen bleibt, ob die Vergütung, welche die Beschwerdeführerin für die Massnahmen gemäss Art. 7 Abs. 2 KLV nach dem Tarif des Art. 7a Abs. 1 KLV zu leisten hat, wegen der Ausrichtung von Beiträgen der kantonalen Behindertenhilfe zu kürzen ist. Die Beschwerdeführerin erachtet dies als gerechtfertigt, weil die kantonalen Leistungen sowohl den Betreuungs- als auch den Pflegebedarf sowie teilweise auch medizinische Leistungen abdecken würden. Demgegenüber hält die Beschwerdegegnerin eine Kürzung mangels Vorliegens einer einschlägigen bundesrechtlichen Koordinationsnorm für unzulässig.

E. 6.1

Die zu koordinationsrechtlichen Fragen Anlass gebenden (kantonalen) Beiträge der Behindertenhilfe beruhen auf den folgenden bundes- und kantonalrechtlichen Grundlagen.

E. 6.1.1

Gemäss Art. 2 des Bundesgesetzes vom 6. Oktober 2006 über die Institutionen zur Förderung der Eingliederung von invaliden Personen (IFEG; SR 831.26) haben die Kantone zu gewährleisten, dass invaliden Personen, die in ihrem Gebiet Wohnsitz haben, ein Angebot an Institutionen zur Verfügung steht, das ihren Bedürfnissen in angemessener Weise entspricht. Als Institutionen gelten unter anderem Wohnheime und andere betreute kollektive Wohnformen für invalide Personen (Art. 3 Abs. 1 lit. b IFEG). Die Kantone beteiligen sich soweit an den Kosten des Aufenthalts in einer anerkannten Institution, dass keine invalide Person wegen dieses Aufenthalts Sozialhilfe benötigt (Art. 7 Abs. 1 IFEG).

E. 6.1.2

Der Vollzug des IFEG wird im Kanton Basel-Landschaft durch das Gesetz über die Behindertenhilfe vom 29. September 2016 (Behindertenhilfegesetz, BHG; SGS 853; vgl. § 3 Abs. 1 BHG) bzw. die Verordnung über die Behindertenhilfe vom 6. Dezember 2016 (BHV; SGS 853.11) geregelt.

E. 6.1.2.1

Gemäss § 2 BHG gewährleistet der Kanton die soziale Teilhabe von Personen mit Behinderung mit wirksamen, zweckmässigen und wirtschaftlich erbrachten Leistungen der Behindertenhilfe (Abs. 1). Er richtet diese Leistungen am behinderungsbedingten Bedarf der Person mit Behinderung aus. Dazu werden unter Mitwirkung der Person mit Behinderung der individuelle Bedarf ermittelt sowie die Leistungen der Behindertenhilfe subjektorientiert auf der Basis von Normkosten abgestuft ausgerichtet und durch weitere Leistungen ohne individuelle Bemessung ergänzt (Abs. 2). Leistungen der Behindertenhilfe werden subsidiär zu zweckbestimmten Leistungen der Sozialversicherungen, öffentlich-rechtlichen Körperschaften oder Privatversicherungen finanziert. Dabei ist der Grundsatz der Verhältnismässigkeit zu beachten (Abs. 3). Der Kanton stellt sicher, dass keine Person mit Behinderung zur Deckung ihres behinderungsbedingten Bedarfs Sozialhilfe benötigt (Abs. 4).

E. 6.1.2.2

Die Leistungen der Behindertenhilfe umfassen nach § 6 BHG behinderungsbedingt notwendige Angebote in den Lebensbereichen Wohnen und Tagesstruktur sowie weitere Leistungen, welche die Person mit Behinderung bei der Wahrnehmung dieser Angebote oder in ihrer sozialen Teilhabe unterstützen (Abs. 1). Dabei wird unterschieden zwischen personalen Leistungen an die Person mit Behinderung, nicht personalen Leistungen zugunsten der Person mit Behinderung und weiteren Leistungen (Abs. 2). Da nach der näheren Umschreibung der drei Leistungskategorien in § 7 bis 9 BHG eine Überschneidung mit den Pflegeleistungen der Krankenversicherung (Art. 7 Abs. 2 KLV) von vornherein lediglich denkbar ist bei den personalen Leistungen, welche die behinderungsbedingt notwendigen Leistungen der Betreuung und persönlichen Assistenz umfassen (§ 7 Abs. 1 BHG; vgl. auch § 1 Abs. 1 BHV), befassen sich die folgenden Erwägungen alleine mit diesen.

E. 6.1.2.3

Die Kosten der personalen Leistungen werden vorbehältlich § 20 durch die Kantonsbeiträge gedeckt (§ 18 Abs. 1 BHG). Kantonsbeiträge an personale (und nicht personale) Leistungen werden nur ausgerichtet im Rahmen der bewilligten Bedarfsstufe und vorbehältlich § 13 Abs. 3 BHG, a. sobald und solange die Leistungen effektiv bezogen werden und b. soweit keine zweckbestimmten Beiträge und Leistungen, insbesondere von Sozialversicherungen, öffentlich-rechtlichen Körperschaften oder Privatversicherungen bezogen werden können (§ 20 Abs. 1 BHG).

E. 6.2

Es ist nicht von der Hand zu weisen, dass der Beitrag für personale Leistungen gemäss dem kantonalem Recht (§ 7 BHG) teilweise dieselben Bereiche abdeckt wie die in Art. 7 Abs. 2 KLV erwähnten, vom Krankenversicherer zu übernehmenden Massnahmen. Da die Frage, in welchem Verhältnis die beiden Leistungen zueinander stehen, die extrasystemische Koordination betrifft, lässt sie sich nicht aufgrund der Bestimmung des Art. 69 ATSG beantworten, denn das darin statuierte Überentschädigungsverbot hat alleine die intersystemische Leistungskoordination zum Gegenstand, d.h. das Zusammentreffen sozialversicherungsrechtlicher Leistungen verschiedener Sozialversicherungszweige (BGE 142 V 448 E. 4.3; Ueli Kieser, ATSG-Kommentar, 4. Aufl. 2020, N. 7 zu Art. 69 ATSG ; Marc Hürzeler, in: Basler Kommentar, Allgemeiner Teil des Sozialversicherungsrechts, 2020, N. 4 zu Art. 69 ATSG). Nicht weiter führt auch die Bestimmung des Art. 122 KVV , denn diese befasst sich ebenso wenig mit der extrasystemischen Koordination (vgl. dazu BGE 148 V 28 E. 6.2.2; vgl. auch GEBHARD EUGSTER, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum KVG, 2. Aufl. 2018, N. 1 und 5 zu Art. 78 KVG).

E. 6.3

Die Beschwerdeführerin sieht sich indessen gestützt auf andere koordinationsrechtliche Mechanismen von ihrer Leistungspflicht befreit.

E. 6.3.1

So stellt sie sich auf den Standpunkt, der Vorrang der Subventionsleistungen ergebe sich aus der gesetzlichen Konzeption der Behindertenhilfe. Die im IFEG vorgesehene Beteiligung des Kantons beschränke sich nicht auf die Aufenthaltskosten im engeren Sinne, sondern umfasse alle in Frage kommenden Ausgaben, einschliesslich eines Anteils an den Investitionskosten. Auch aus den Materialien ergebe sich, dass sämtliche Ausgaben in einem Wohnheim durch den Kanton zu decken seien. Es verletze Bundesrecht, dass die Vorinstanz die einschlägigen Bestimmungen des IFEG nicht angewandt bzw. die darin vorgesehene alleinige Zuständigkeit der Kantone missachtet habe. Im Rahmen der Neugestaltung des Finanzausgleichs und der Aufgabenteilung zwischen Bund und Kantonen per 1. Januar 2008 sei die finanzielle Verantwortung für die Eingliederung invalider Menschen von der Invalidenversicherung auf die Kantone übertragen worden. Dabei habe man nie vorgesehen, einen Teilbereich auf die obligatorische Krankenversicherung abzuwälzen. Weil das KVG keine Leistungen für nach Art. 5 IFEG zugelassene Institutionen kenne, sei das solche zusprechende schiedsgerichtliche Urteil bundesrechtswidrig.

E. 6.3.2

Entgegen der Beschwerdeführerin vermag das kantonale Recht an ihrer sich aus dem höherrangigen Bundesrecht ergebenden Leistungspflicht von vornherein nichts zu ändern. Dem in der Beschwerde behaupteten Vorrang der kantonalrechtlichen Subventionen vor

den Leistungen des Krankenversicherers widersprechen im Übrigen auch die Bestimmungen des BHG diametral: Nach § 2 Abs. 3 BHG werden Leistungen der Behindertenhilfe lediglich subsidiär zu zweckbestimmten Leistungen der Sozialversicherungen erbracht. Damit übereinstimmend setzt § 20 Abs. 1 BHG für die Ausrichtung von Kantonsbeiträgen an personale Leistungen unter anderem voraus, dass keine zweckbestimmten Beiträge und Leistungen - insbesondere von Sozialversicherungen - bezogen werden können. Mit anderen Worten statuiert auch das BHG selber explizit den Vorrang der sozialversicherungsrechtlichen Leistungen vor den kantonrechtlichen Subventionen, mithin das Gegenteil der von der Beschwerdeführerin für richtig gehaltenen Rangordnung. An der Sache vorbei zielt sodann auch die beschwerdeführerische Argumentation, wonach Leistungen an Institutionen gemäss Art. 5 IFEG dem KVG fremd seien, denn solche stehen hier nicht zur Diskussion, geht es doch bei richtiger Betrachtung um Pflegeleistungen an in einem Behindertenheim lebende Personen (vgl. E. 5.4 hiavor). Nicht gefolgt werden kann der Beschwerdeführerin auch, soweit sie aus der Übertragung der finanziellen Verantwortung für die Eingliederung Invaliden von der Invalidenversicherung auf die Kantone im Rahmen der Neugestaltung des Finanzausgleichs und der Aufgabenteilung zwischen Bund und Kantonen (NFA) per 1. Januar 2008 schliesst, sämtliche Ausgaben in einem Wohnheim seien nunmehr durch den Kanton zu decken. Der NFA brachte es zwar mit sich, dass die Kosten für Bau und Betrieb der Behindertenheime nicht mehr zu Lasten der Invalidenversicherung, sondern neu zu Lasten der Kantone gehen. Er ändert aber nichts an der Ausgangslage, wonach die Krankenversicherung invaliden Personen in einem Behindertenheim erbrachte Pflegeleistungen nach Art. 7 Abs. 2 KLV zu übernehmen hat (aber keine Aufenthaltskosten; Art. 50 KVG), was unabhängig davon gilt, ob das Heim (oder einzelne Abteilungen davon) auf der Pflegeheimliste steht (vgl. zum Ganzen: Antwort des Bundesrates zur Interpellation 06.3572 "Kostenverlagerung bei der Finanzierung von Behindertenheimen" von Ruth Humbel vom 5. Oktober 2006). In diesem Sinne entlastet der NFA die Beschwerdeführerin nicht von ihrer Pflicht, für die Pflegeleistungen aufzukommen. Ohnehin aber liefe die ihr vorschwebende Lösung darauf hinaus, die Versicherten in den Behindertenheimen von den entsprechenden krankensicherungsrechtlichen Leistungen auszuschliessen, was - wie das kantonale Amt zutreffend ausführt - ein Verstoß gegen das in Art. 8 Abs. 2 BV und in Art. 1 Abs. 1 und Art. 3 des Übereinkommens über die Rechte von Menschen mit Behinderungen vom 13. Dezember 2006 (SR 0.109) verankerte Diskriminierungsverbot wäre.

E. 6.4

Nach dem Gesagten fehlt eine Grundlage, welche die Beschwerdeführerin berechtigen würde, ihre Leistungen gemäss Art. 7 Abs. 2 KLV wegen allfälliger Überschneidung mit kantonalen Beiträgen zu kürzen oder verweigern.

E. 7.1

Schliesslich wird in der Beschwerde der Vorwurf erhoben, mit der Verwendung ihrer Spitex-Zulassung, welche im Übrigen lediglich eine polizeilich motivierte Berufsausübungsbewilligung darstelle, und der Abrechnung der Leistungen nach Art. 7 Abs. 2 und Art. 7a KLV verhalte sich die Beschwerdegegnerin rechtsmissbräuchlich. Bei richtiger - materieller - Betrachtung sei die Spitex A. _____ keine Organisation der spitalexternen Krankenpflege, sondern eine stationäre Leistungserbringerin, weil die Bewohnerinnen und Bewohner der Institution B. _____ die einzigen Leistungsempfänger seien.

E. 7.2

Dass die Beschwerdegegnerin die in Art. 51 KVV statuierten Voraussetzungen für die Anerkennung als Spitex-Organisation erfüllt, steht aufgrund des vorinstanzlichen Urteils verbindlich fest und wird in der Beschwerde lediglich pauschal bestritten, ohne dass substantiiert aufgezeigt würde, welches der in lit. a bis e der Bestimmung genannten Erfordernisse nicht erfüllt sein soll. Soweit sich die Beschwerdeführerin daran stört, dass die Beschwerdegegnerin nur den Bewohnerinnen und Bewohnern der Institution B. _____ zur Verfügung steht, sei darauf hingewiesen, dass eine Spitex-Organisation nicht verpflichtet ist, ihre Leistungen einem unbestimmten Personenkreis anzubieten (vgl. Art. 51 lit. b KVV). Vor allem aber scheint die Beschwerdeführerin nicht einsehen zu wollen, dass ein Behindertenwohnheim wie die Institution B. _____ zwar eine stationäre Einrichtung für Personen mit einer Behinderung ist, aber - anders als ein Pflegeheim (Art. 39 Abs. 3 KVG) - kein stationärer Leistungserbringer im Sinne des KVG. An dieser Qualifikation ändert auch nichts, dass die Bewohnerinnen und Bewohner der Institution B. _____ Pflegeleistungen von der hauseigenen Spitex-Organisation erhalten. Diese sogenannte In-House-Pflege, welche in Einrichtungen für betreutes Wohnen, Seniorenresidenzen oder Alterssiedlungen oft rund um die Uhr als integrierender Bestandteil der Wohnstruktur angeboten wird, ist der ambulanten Krankenpflege zuzuordnen und kassenpflichtig, wenn sie von einer zugelassenen Spitex-Organisation (wie hier der Fall) oder einer zugelassenen selbstständig erwerbstätigen Pflegefachperson erbracht wird (vgl. EUGSTER, Krankenversicherung, S. 669 Rz. 852; vgl. auch BGE 133 V 218 E. 6.2 und SVR 2006 KV Nr. 30 S. 107, Urteil [des Eidg. Versicherungsgerichts] K 137/04 E. 5). Das Gesetz knüpft die Kostenübernahme für diese (ohne Weiteres zulässige) In-House-Pflege an keine besonderen Voraussetzungen und verpflichtet entsprechende Institutionen auch nicht, eine Pflegeheimbewilligung einzuholen, weshalb die erbrachten Leistungen nach dem für diese Leistungserbringer geltenden Tarif - mithin nach Art. 7a Abs. 1 KLV (und nicht nach dem Pflegeheimtarif gemäss Abs. 3) - zu vergüten sind. Bei dieser Rechts- und Sachlage kann der Beschwerdegegnerin nicht vorgeworfen werden, sie habe ihre Spitexzulassung zweckwidrig zur Verwirklichung von Interessen, die diese Bewilligung nicht schützen wolle, verwendet (vgl. zum Rechtsmissbrauch [Art. 2 Abs. 2 ZGB] in der Form der zweckwidrigen Verwendung eines Rechtsinstituts: BGE 143 III 279 E. 3.1; 140 III 583 E. 3.2.4; je mit Hinweisen). Ein Verstoss gegen das Rechtsmissbrauchsverbot liegt damit nicht vor.

E. 7.3

Nach dem soeben Gesagten gilt das in E. 5.4 festgehaltene Auslegungsergebnis auch im Fall, dass die Leistungen nach Art. 7 Abs. 2 KLV pflegebedürftigen Personen in einer (kein anerkanntes Pflegeheim darstellenden) stationären Einrichtung (wie hier in einem Behindertenheim) von der hauseigenen Spitex-Organisation erbracht werden (sog. In-House-Pflege).

E. 8

Zusammenfassend ergibt sich: Von einer zugelassenen Spitex-Organisation erbrachte Leistungen gemäss Art. 7 Abs. 2 KLV an pflegebedürftige Personen in einer stationären Einrichtung, die kein anerkanntes Pflegeheim (Art. 39 Abs. 3 KVG) darstellt, sind nicht nach dem Pflegeheimtarif gemäss Art. 7a Abs. 3 KLV, sondern gemäss demjenigen für ambulante Leistungserbringer nach Art. 7a Abs. 1 KLV zu vergüten. Dies gilt auch für die sog. In-House-Pflege, d.h. Pflegeleistungen der hauseigenen Spitex-Organisation.

E. 9

Bei dieser Sachlage verletzte die Vorinstanz kein Bundesrecht, indem sie die Beschwerdeführerin zur Bezahlung von Fr. 77'054.90 und Fr. 32'720.60 an die Beschwerdegegnerin verpflichtete. Damit ist die Beschwerde abzuweisen.

E. 10

Die Gerichtskosten werden der unterliegenden Beschwerdeführerin auferlegt (Art. 66 Abs. 1 BGG). Der obsiegenden Beschwerdegegnerin steht eine Parteientschädigung zu Lasten der Beschwerdeführerin zu (Art. 68 Abs. 3 BGG). Entsprechend dem in der eingereichten Kostennote geltend gemachten Arbeitsaufwand von 20.58 Stunden ist das Honorar auf Fr. 6'174.- (20.58 x Fr. 300.-) festzusetzen. Nach Hinzurechnung der Auslagenpauschale von Fr. 185.20 und der Mehrwertsteuer von Fr. 489.70 (7.7 % von Fr. 6'359.20) resultiert eine Entschädigung von Fr. 6'848.90.

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.